69e Année. 11e Série. Tome I. N° 5 29 Janvier 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : Dr F. DE RANSE

SOMMAIRE. — Bulletin : Les transports de Malades à Paris, par Debaut-Manoir. — Revue Générale : Cystectomie ou résection de la vessie, par Daniel Témoin. — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : *I. La Médecine.* — *II. La Chirurgie.* — Revue d'hygiène. — Les Livres nouveaux. — Instruments nouveaux : Un appareil pour éviter l'inhumation des personnes vivantes. — Variétés : Affaire Blanchard-Heim. — Nouvelles et Faits divers. — Bulletin bibliographique. — Prime a nos Abonnés.

BULLETIN

Les transports de Malades à Paris.

Avez-vous vu, dans Paris, circuler ces voitures longues, qui vont cahin-caha, par les rues boueuses, en ces soirées brumeuses d'hiver londonien? Ce sont les voitures d'*Ambulances municipales*, dont le maître de remise est M. le Directeur des Services d'Assainissement de la Seine. Un cheval étique les traîne avec effort, au pas la plupart du temps, car rarement la pente du terrain permet le petit trot. La pauvre bête, aux forces insuffisantes pour la machine aussi lourde qu'on l'oblige à traîner, a un air piteux n'ayant d'égal que celui du brave cocher, furieux d'avoir pareil équipage à conduire!

Ces remarques, fort désobligeantes pour Madame l'Administration, sont surtout faites par les médecins étrangers de passage à Paris, qui ont vu les installations de Budapesth, de Berlin, des Etats-Unis, etc. Mais l'Administration n'y prête point l'oreille... On n'y transporte que des *malades contagieux* et non... des fonctionnaires. Aussi bien, le Conseil municipal de la Ville-Lumière trouve-t-il lui-même que tout est pour le mieux dans cette idéale administration. Alors, il est bien inutile d'insister! Puisqu'il pense, lui aussi, que, pour les *ambulances pour blessés*, devant aller d'un train d'enfer, point n'est besoin de *deux* chevaux légers pourquoi croirait-il bon, pour les *contagieux*, d'avoir des transports un peu rapides? En allant moins vite, on met plus de temps à la besogne. Comme cependant elle doit être accomplie, il faut plus de voitures, et partant plus de cochers et d'infirmières. Conclusion : Le raisonnement est excellent, puisque, grâce à lui, il y a davantage de travailleurs municipaux, partant davantage d'électeurs satisfaits!

On économise donc un excellent cheval pour faire plaisir à quelques humains. Tout le monde est satisfait, sauf le pauvre *malade*.., car il remarque qu'en ces voitures, par zéro degré de température hivernale, il n'est pas très agréable de séjourner même une demi-heure! Si encore l'infirmière, qui l'accompagne en sa cellule mobile était jolie, et blonde, et coquette, comme de l'autre côté de l'Océan et de la Manche, le temps lui paraîtrait moins long! Hélas! chez nous, elle n'est que de la... petite Bretagne!

Par amour de Paris, qui a des pompiers merveilleux, souhaitons donc une organisation des secours un peu mieux comprise. Cette question, nous en sommes sûr, intéressera le nouveau Préfet de police, qui est un homme ouvert à toutes les idées généreuses. Puisque la Préfecture de la Seine se désintéresse totalement des progrès à réaliser, retournons vers le Préfet des rues de Paris. Il est incontestable qu'il doit y protéger les passants, non seulement contre les voleurs, les brigands et les incendies, mais aussi contre les accidents, voire même les maladies, qu'on y promène en voitures à la marche trop lente!

Dr Debaut-Manoir.

Vacances Médicales. — La commune de Saint-Ouen-le-Parey (Vosges) offre une gratification annuelle de 1,000 francs à un médecin qui s'établirait dans cette localité. — S'adresser au Maire.

REVUE GÉNÉRALE

Cystectomie ou Résection de la vessie.

Par Daniel Témoin (de Bourges),
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Lorsque la vessie est atteinte d'un tumeur maligne, le chirurgien devra songer à pratiquer la résection de la portion vésicale sur laquelle est implanté le néoplasme. Si le néoplasme est volumineux, si les tumeurs sont multiples, et disséminées sur la plus grande partie de la vessie, c'est l'organe entier qu'il faudra enlever — la résection est donc *partielle* ou *totale*.

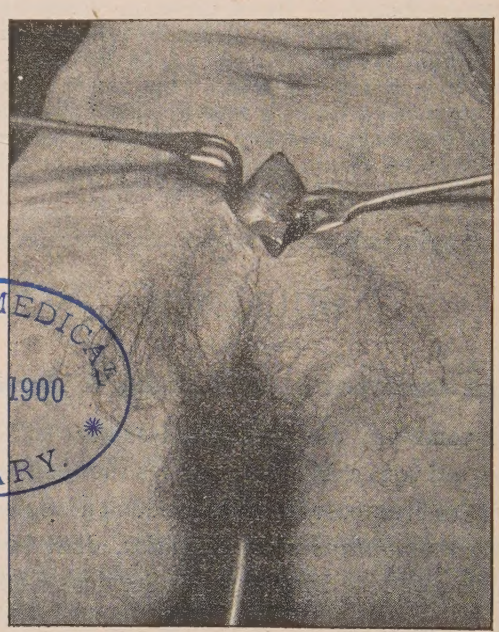
Historique — La résection de la vessie est restée longtemps dans le domaine expérimental. Gluck, Zell, Bardenheuer, Fischer, par leurs résections sur des chiens, Paoli Novaro, Tuffier, en greffant les uretères dans des régions différentes, Albarran, en montrant qu'un uretère peut être sectionné, lié et abandonné dans la cavité abdominale sans danger, contribuent à rendre pratique la résection partielle ou totale de la vessie. En 1889, Norton résèque une portion notable de la vessie. Sonnemburg, en 1881, enlève un néoplasme en réséquant la portion vésicale sur laquelle il est implanté. Depuis cette époque, Autal, Czerny, Guyon, Bardenheuer (de Cologne) publient de nouvelles observations. Ce dernier, enfin, ainsi que Küster et Pawlick (de Prague) pratiquent l'extirpation totale de la vessie.

Jusqu'à présent, les résultats sont peu satisfaisants, mais il est permis d'espérer que lorsque les procédés opératoires seront plus connus, les tumeurs de la vessie seront abordées plus vite, et les chances de récidive écartées.

Soins préliminaires. — Qu'il s'agisse d'une résection partielle ou totale, les précautions seront toujours les mêmes : bains prolongés les jours qui précèdent l'opération ; le malade aura été purgé et le rectum aura été vidé et désinfecté par des lavements évacuants et antiseptiques au naphtol ou à l'acide borique — la vessie aura été lavée à l'acide borique et le malade aura pris du salol à l'intérieur — le pubis est rasé.

Les instruments indispensables seront : bistouris droit, courbe et boutonné — des écarteurs larges, des ciseaux droits et courbes — des pinces longues et petites, des pinces de Museux. Des aiguilles courbes de plusieurs courbures. Il est prudent aussi, dans le cas où il serait utile d'avoir un ballon de Pettersen. Plusieurs seringues en caoutchouc durci, un laveur pour l'antisepsie opératoire. Des sondes de tout calibre. Le malade sera mis dans la position de Trendelenburg.

Technique opératoire. — *Manière d'aborder la vessie.* — Qu'il s'agisse d'une résection partielle ou d'une résection totale, il est important de savoir comment il vaut le mieux aborder la vessie.



BOSTON MEDICAL
MAR21 1900
LIBRARY.

Fig. 9. — Incision longitudinale médiane pour la cystectomie.

En général, la taille hypogastrique *longitudinale* est la plus commode *(Fig. 9)*; mais lorsque le néoplasme est caché sur les faces latérales ou situé profondément en arrière, la taille transversale de Trendelenbourg est préférable *(Fig. 10 et 11)*. Bardenheuer la complète en lui donnant une forme de croissant et comprenant dans son incision, non seulement les muscles droits, mais aussi les obliques.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur située sur le segment antérieur de la vessie, la taille transpubienne, d'Helferich, avec résection temporaire du pubis sera la plus commode. Enfin, si la tumeur siège sur la partie inférieure de la paroi antérieure, la taille d'Helferich elle-même est insuffisante, et la symphyséotomie (Albarran, Guyon) devient nécessaire, à moins que l'on préfère la fenêtre pubio-hypogastrique (Clado).

Pour les résections totales, il est indispensable de

découvrir totalement l'organe, et les manœuvres sont impossibles si le pubis est laissé intact ; la symphyséotomie s'impose. — Nous ne parlons pas du procédé de Kuester, qui aborde la vessie par le périnée, procédé dangereux et dont les suites sont mauvaises.

I. — Résection partielle.

Elle s'adresse, nous venons de le dire à un néoplasme limité, et, suivant la situation occupée par ce néoplasme, la résection intéressera telle ou telle portion de la vessie ; le procédé opératoire sera donc différent pour les diverses régions qu'il faudra aborder ; mais la division la plus importante des résections au point de vue anatomique est celle qui les classe en extra ou intra-péritonéales.

Résection partielle extra-péritonéale. — La péritoine se laisse décoller de la vessie assez facile-

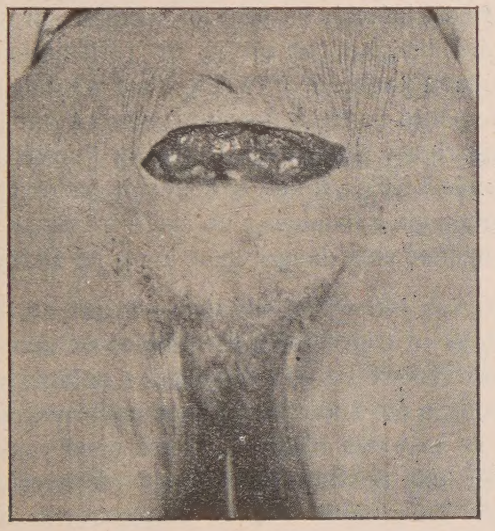


Fig. 10. — Incision transversale de Trendelenburg.

ment : en avant, on peut le faire remonter sur une étendue de 6 à 8 centimètres, et sur les côtés, presque toute la paroi latérale de la vessie peut-être rendue extra-péritonéale (Clado).

Au niveau de la base et du trigone, la vessie est aussi en dehors du péritoine ; mais là des adhérences assez intimes l'unissent à la prostate et au rectum. Seule la paroi postérieure est intimement adhérente au péritoine. Toute tumeur ne siégeant pas sur la paroi postérieure ne nécessitera qu'une intervention extra-péritonéale.

Cette résection extra-péritonéale partielle sera antérieure, latérale ou de la base, suivant le siège du néoplasme.

a) *Résection antéro-supérieure.* — Pratiquer la taille hypogastrique avec incision médiane, aborder la vessie en faisant remonter la péritoine au-dessus du néoplasme ; si l'exploration en est facile, circonscrire par une incision la région malade, la réséquer, puis suturer les bords de la vessie, ou bien mettre des drains siphons : tels sont les divers temps de cette

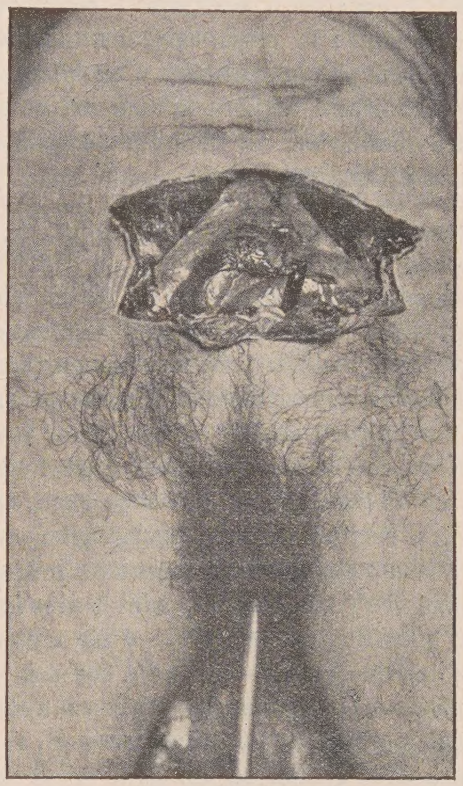


Fig. 11. — Incision de Trendelenburg. — Vue des parties profondes (1).

opération simple. Si le néoplasme est limité, si le péritoine ne provoque pas son décollement, ni aucune déchirure, la guérison devra être obtenue.

b) *Résection latérale ou antéro-latérale.* — Si une tumeur siège sur la paroi latérale, ou si de la paroi antérieure elle s'étend à la paroi latérale, le péritoine peut aussi être remonté au-dessus de la tumeur, et c'est encore par la taille hypogastrique et l'incision longitudinale médiane qu'il faut aborder la vessie.

(1) Ces trois clichés sont extraits des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Lorsque l'étendue de la lésion est reconnue, passer les doigts derrière le pubis, détacher la vessie de la paroi pelvienne, ou releveur de l'anus. La libérer aussi complètement et la rendre flottante. Le péritoine est également décollé et refoulé en arrière, où un écarteur le maintient au-dessus de la tumeur. Réséquer toute la portion malade avec des ciseaux et suturer la plaie ainsi faite par trois plans de suture. Si le doigt rend un compte inexact ou incertain de l'étendue de la tumeur, le procédé de M. le Professeur Guyon sera employé : il consiste à pratiquer la résection de dedans en dehors : la vessie mise à nu et libérée est ouverte comme pour l'extraction d'un calcul; le doigt par cette ouverture explore la tumeur, et par cette ouverture aussi, avec des ciseaux, on réséque toute l'épaisseur de la paroi malade.

c) *Résection de la base et du trigone.* — La base de la vessie va du bord postérieur du trigone au cul-de-sac du péritoine; elle adhère au rectum en arrière et à la prostate en avant; la dissection en est difficile, quelquefois impossible. C'est à ce niveau que se trouvent les plexus veineux dont la blessure pourrait être grave. Le procédé de Guyon sera pour toutes ces raisons le procédé de choix, et c'est toujours de dedans en dehors que la résection sera faite, les parois étant sectionnées lentement couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent sans blesser les vaisseaux qui s'y trouvent. Le point le plus important de cette opération est de savoir si les uretères sont compris dans la tumeur et si l'un d'eux doit être sectionné pendant l'opération. La vessie est abordée par la paroi abdominale ouverte largement et, si cela est nécessaire, avec symphyséotomie; la vessie est attirée par la fente hypogastrique au moyen d'un ténaculum, et le premier soin alors est de reconnaître si l'uretère est compris dans la tumeur : 1. Si l'uretère est libre, une petite sonde est introduite dans son canal, de façon à le sentir sous le doigt pendant la résection et à l'éviter. La dissection est faite autour du néoplasme au bistouri et aux ciseaux et le lambeau est enlevé comprenant la tumeur à son centre. 2. Si l'uretère est pris dans la tumeur, le cas devient plus difficile; sa recherche au milieu des tissus malades est quelquefois pénible et son orifice peut ne plus être apparent. Quoi qu'il en soit, l'uretère sera recherché; si on le trouve, il faut introduire une sonde dans son canal, chercher à l'isoler, à le dégager de la tumeur, de façon à pouvoir, la vessie étant reséquée, faire la greffe de l'uretère.

Greffe de l'uretère. — Cette greffe peut être faite dans le rectum, mais les résultats sont mauvais, et cette opération est suivie d'infection consécutive. Chaput l'abouche dans le côlon *(Fig. 12)*. Chez la femme il peut être abouché dans le vagin (Pawlick). Le Dentu, Pozzi, l'ont abouché à la peau de l'abdomen ; mais le meilleur abouchement (Bazy) est encore la vessie. Le procédé de Clado quoique n'étant qu'expérimental, semble pouvoir être facilement employé : 1° Dégager l'uretère, le saisir, après y avoir introduit une sonde, avec une pince et le dégager complètement du champ opératoire. 2° Réséquer la vessie. 3° Greffer l'uretère : pour cela le fendre à son orifice, passer des fils de façon à suturer facilement aux parois de l'ouverture vésicale. Cette ouverture est faite sur un cathéter dans une région saine. Si l'uretère est infecté, on peut le réséquer sur une certaine étendue, et pour obvier au rétrécissement de son orifice signalé par Pawlick, il est possible de laisser une petite sonde à demeure passant par la plaie hypogastrique. Enfin dans le cas où l'uretère serait impossible à isoler, il faut se souvenir des expériences d'Albarran qui a montré qu'un uretère pouvait être lié et abandonné sans danger dans la cavité abdominale.

Fig. 12. — Greffe de l'uretère sur l'intestin. — Opération terminée.

Résection intra-péritonéale. — Il est arrivé souvent dans le cours des laparotomies qu'une portion de vessie recouverte de son péritoine, enlevée involontairement, a été suturée sans que cette résection fut suivie de mauvais résultats. Il est donc possible de réséquer une portion de la vessie recouverte de sa séreuse. Le procédé le plus simple serait d'ouvrir sans précaution le péritoine en réséquant la paroi malade, d'éviter avec soin l'épanchement qui arrive dans la cavité et de suturer immédiatement. Mais les dangers d'un semblable procédé seraient grands; et nous préférerions celui que Clado a imaginé, dont voici les temps : 1° Ouvrir la vessie, placer sur la tumeur une pince à longs mors recourbés qui pédiculise la tumeur et adosse la face séreuse de l'organe à elle-même. 2° Ouvrir le péritoine, rechercher la partie vésicale repliée, faire une suture de Lembert à ce niveau et refermer le péritoine. 3° Revenir à la vessie et achever la résection. De cette façon, la plaie vésicale ne communique plus avec le péritoine. Bardenheuer (de Cologne) opère en deux temps : dans un premier temps, il fait l'ouverture sus-pubienne trans-

versale et bourre de gaze iodoformée tout l'espace périvésical, et huit jours après il réséque la paroi malade et rabat vers le bas ce qui reste de vessie pour contribuer à la formation de la future cavité urinaire.

Résection partielle chez la femme. — Chez la femme, le péritoine recouvre la vessie sur une moindre étendue et cette disposition rend la vessie plus facilement abordable que chez l'homme. En avant et sur les côtés, la résection sera la même que chez l'homme, mais à la base les rapports sont différents.

1° *Résection de dedans en dehors.* — Faire la taille hypogastrique et disséquer la paroi sous le néoplasme.

Dans ce procédé, la seule difficulté consiste à savoir si on a dépassé la paroi ou si on ne se trouve pas dans un dédoublement de cette paroi. Avant de pratiquer la résection, lorsque la vessie est découverte, il serait simple de décoller la vessie du vagin (Clado), après avoir bourré le vagin de gaze iodoformée pour en tendre les parois. Les sutures doivent être faites avec une certaine précaution, et il est bon de prendre dans les fils, non seulement les bords vésicaux, mais encore une partie de la cloison du vagin, de façon à la replier et à fortifier ainsi le plan inférieur de la vessie. Pour éviter les tractions du col utérin, ce dernier devra pendant qu'on fait les sutures, être attiré à la vulve avec une pince de Museux ;

2° *Résection vésico-vaginale.* — Si le vagin est sain, si le néoplasme ne dépasse pas trop en arrière le niveau du col de l'utérus, il est possible de réséquer la cloison vesico-vaginale dans toute son épaisseur.

La vessie est ouverte, les uretères sont cathétérisés, saisir la base de la vessie avec une pince de Museux, réséquer toute la paroi en sectionnant en avant derrière le sphincter et en arrière au delà de la tumeur près du col, en songeant au cul-de-sac du péritoine. On peut enlever ainsi des fragments de vessie de 6 à 8 centimètres. *Sutures.* Suturer d'abord le vagin, puis la vessie, par la cavité, au catgut, et il est prudent, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie, de suturer le col au vagin près de la vulve.

II. — Résection totale de la vessie

La résection totale de la vessie a été faite en Allemagne, par Bardenheuer, par Güssenbauer, Küster Pawlick (de Prague) et depuis par Nüinmel et Kosinsky. Cette résection totale est possible, mais les résultats ont toujours été déplorables, sauf dans deux cas, ceux de Pawlick et Kosinsky, et c'était chez la femme.

Ces mauvais résultats s'expliquent d'une part à cause de la gravité du traumatisme, mais aussi à cause du terrain sur lequel on opère, de l'étendue du néoplasme et de l'envahissement rapide des tissus voisins.

A. Chez l'homme. — *1° Procédé de Bardenheuer.* — Faire la taille suspubienne à section transversale, en forme de croissant et arrivant jusqu'à la moitié du pli de l'aîne de chaque côté. Décoller la vessie jusqu'aux uretères, sectionner les uretères à leur entrée dans la vessie, décoller la vessie du rectum, sectionner le col vésical au-devant de la prostate. Les uretères sont laissés libres dans le tissu cellulaire limité en arrière par le péritoine. Le résultat de cette opération faite une seule fois, ne s'est pas fait attendre et la mort a été rapide.

Procédé de Küster. — 1° Faire la taille hypogastrique exploratrice, refermer la vessie et la distendre par un liquide antiseptique, puis la libérer des parties voisines ; 2° attaquer la vessie par le périnée au moyen d'une longue incision médiane de 8 centimètres environ, la séparer de l'uretère en avant de la prostate, décoller la prostate et la base ; 3° sectionner les uretères par la voie hypogastrique, enlever la vessie. Les uretères sont fixés au rectum. Cette opération a le double inconvénient d'ouvrir le périnée, d'exposer à l'infection du tissu cellulaire de cette région et de suturer les uretères au rectum.

B. Chez la femme. — Le seul procédé employé pour la résection de la vessie chez la femme est celui de Pawlick (de Prague), qui semble réunir toutes les chances de succès.

1er temps. — Introduire une sonde dans chaque uretère, puis disséquer par le vagin sur ces sondes de façon à libérer l'uretère le plus possible. Inciser l'uretère à son orifice, et au moyen de fils de soie le suturer aux parois vaginales. Laisser dans les fistules uretéro-vaginales une sonde à demeure plongeant par leur extrémité dans un vase rempli de liquide antiseptique.

2e temps. — Plusieurs semaines après cette première opération, lorsque le fonctionnement des uretères est assuré, pratiquer l'extirpation de la vessie. Celle-ci est dilatée, puis abordée par la taille hypo-

gastrique, décollée autant que possible, et la plaie hypogastrique est bourrée de gaze iodoformée. Attaquer alors la vessie par la voie vaginale, faire une incision à la paroi antérieure du vagin, incision transversale et située derrière le bulbe uréthral. Attirer la vessie vidée par cette fente et la sectionner au niveau de l'orifice intérieur de l'urèthre.

Sutures. — La plaie uréthrale est tournée vers le vagin et suturée aux rebords de la plaie vaginale, de telle sorte que la plaie étant fermée, on puisse passer par le vagin des sondes dans les uretères et les faire passer par l'urèthre dilaté.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES
DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE

L'*Académie des Sciences*, dans sa séance du 24 janvier, a entendu M. G. Nepveu, qui présentait une note sur le **bacille du Béribéri**. Les bacilles du Béribéri se présentent sous trois formes : le grand bacille, le moyen et le petit.

Le grand bacille, qui se trouve surtout dans le rein, est long de 6 μ à 10 μ et large de 0 μ 3 à 0 μ 4; il est légèrement courbe et ses extrémités sont ovoïdes.

Pour le découvrir, on traite les coupes de rein par un bain d'alun, d'ammoniaque et de sesquioxyde de fer au 1/1000e; on surcolore au bleu de Roux et on décolore assez fortement.

Le bacille moyen a 3 μ à 4 μ de long et 0 μ 3 de large; il s'observe surtout dans les vaisseaux du rein. — Le petit bacille, en abondance dans le sang, est à peine aussi large qu'un bacille tuberculeux, c'est-à-dire extrêmement petit.

Très importante aussi la séance du 25 janvier à l'*Académie de Médecine*. M. Duplay a traité de l'intervention chirurgicale dans les **hématémèses foudroyantes, consécutives à l'ulcération simple de l'estomac**. Après avoir rappelé la difficulté, constatée dans la dernière séance par M. Dieulafoy, de trouver l'origine de l'hémorrhagie dans les cas d'ulcération simple, l'auteur vante le procédé employé avec succès par M. Cazin et qui consiste à retourner l'estomac en doigt de gant. M. Cazin a obtenu aussi un excellent résultat d'une injection intra-veineuse d'un litre et demi de sérum faite pendant l'opération. L'auteur cite alors le cas d'une jeune fille de vingt-trois ans qui s'était tiré un coup de revolver dans la région de l'estomac. Deux heures après, elle fut prise d'hématémèses abondantes et répétées; la malade était sur le point de succomber à l'hémorrhagie, lorsque M. Cazin se décida à intervenir. Il trouva une plaie au milieu de la grosse tubérosité de l'estomac et la débrida; il ne constata pas d'orifice de sortie. La malade guérit très bien et la balle fut rendue dans les selles le vingtième jour.

M. Robin essaye ensuite de réhabiliter la **saignée**, les **vomitifs** et les **vésicatoires**. M. Robin vante l'action bienfaisante sur la nutrition élémentaire des hémorrhagies naturelles (règles), pathologiques (hémoptysies), et thérapeutiques (saignée). En faisant une saignée dans la pneumonie aiguë par exemple, la quantité de l'urine augmente ainsi que les matériaux solides et organiques, l'azote total, l'urée. En même temps la ventilation pulmonaire, l'acide carbonique formé, l'oxygène consommé et l'oxygène absorbé par les tissus sont augmentés. La saignée est très utile aussi dans les maladies par déchéance de la nutrition. Dans les auto-intoxications, la saignée agit en favorisant les actes d'oxydation, qui transforment le poison en un produit plus oxydé, non toxique.

Quant aux vomitifs, l'auteur constate qu'ils tendent aujourd'hui de plus en plus à être remplacés par l'antisepsie des bronches. Cependant ils produisent une action très favorable. M. Robin, ayant donné un vomitif à un individu atteint d'infection bronchique, a constaté que la ventilation pulmonaire a augmenté en vingt-quatre heures de 81 p. 0/0. L'oxygène absorbé par les tissus augmente après les vomitifs.

Cette augmentation des échanges gazeux tient à deux effets mécaniques : accroissement de la capacité pulmonaire et augmentation de la ventilation; mais il y a aussi un effet chimique : la proportion d'oxygène absorbé par le poumon augmente. En résumé, les vomitifs exercent sur l'organisme une action oxydante manifeste, outre qu'ils font le récurage des bronches.

Parlant ensuite du vésicatoire, M. Robin dit qu'il croit aux bons effets résolutifs du vésicatoire. Il augmente la ventilation, la quantité d'oxygène qui sert à l'élimination de l'acide carbonique; il augmente aussi l'oxygène absorbé par les tissus; mais les effets ne sont pas constants.

M. Le Roy de Méricourt apporte une contribution à la thèse de M. Robin en rappelant les bons effets de l'ipéca employé dans les pays chauds contre les fièvres palustres, la dysenterie.

M. Trasbot se déclare partisan des trois moyens thérapeutiques préconisés par l'auteur. Chez le cheval, la saignée est très bien supportée; il n'y a pas à craindre qu'elle laisse le sujet débilité, car le sang se reforme avec une grande rapidité; en outre, après la saignée, la respiration est plus lente et plus ample : d'ailleurs, la saignée est indispensable pour prévenir, chez le cheval, une complication grave : la congestion pulmonaire. De même, suivant M. Trasbot, l'émétique produit les mêmes résultats favorables. Pour les vésicatoires, ils sont aussi utiles, mais on ne peut pas en user très largement chez le cheval, à cause de l'absorption de la cantharidine.

En réponse à M. Robin, M. Huchard signale les accidents très graves qui résultent de l'abus des vésicatoires. Il cite le cas d'un individu atteint de néphro-sclérose ; cette néphro-sclérose retentit bientôt sur le cœur ; le malade respirait mal ; pour certains médecins peu instruits, la dyspnée est l'indication du vésicatoire ; on appliqua un vésicatoire. Comme le malade ne marquait pas d'amélioration sensible, on en appliqua un second, et ainsi de suite jusqu'à huit vésicatoires. Le malade présenta alors de l'anurie complète, de l'albuminurie et mourut par accidents urémiques.

M. Laborde est d'avis qu'un vésicatoire, appliqué d'une façon intempestive, peut amener ou augmenter un épanchement dans une cavité séreuse.

II. — LA CHIRURGIE

La *Société de Chirurgie* a tenu sa séance habituelle le 19 janvier. Le Président, M. Delens, a rappelé que la séance solennelle aura lieu mercredi prochain. Du ton dont il annonce cette séance, on sent qu'il se passera quelque chose de grandiose ! Sachons attendre. Pour la séance d'aujourd'hui, elle a présenté sa physionomie habituelle : peu de monde, peu d'entrain. On a enterré, ou à peu près, l'**acide picrique comme topique spécifique des brûlures**. Cette substance, à laquelle on attribuait, il y a encore peu de temps, toutes les vertus, non seulement dans les cas de brûlures, mais aussi d'ulcérations de la peau, variqueuses, par exemple, est accusée aujourd'hui d'une foule de maléfices.

Mais, auparavant, relatons la communication de M. Tuffier sur l'**intervention chirurgicale dans l'ulcère duodénal**, dont la discussion est en tête à l'ordre du jour. L'orateur insiste sur la variété d'ulcères donnant lieu à une péritonite et à tous les symptômes de l'appendicite. Il s'agit dans ce cas du liquide duodénal ayant fusé dans la fosse iliaque. L'opération ne révèle rien d'anormal à l'appendice. Le diagnostic est là très difficile ; mais de toute façon la laparotomie s'impose, puisqu'il y a des symptômes graves de péritonite.

M. Michaud cite un cas semblable à celui de M. Tuffier. Il s'agit d'un malade présentant à la fois les symptômes de péritonite et d'appendicite. L'opération n'ayant rien révélé du côté de l'appendice, M. Michaud se contenta de faire des lavages péritonéaux à l'eau chaude. Malgré une légère amélioration consécutive, la mort survint bientôt. L'autopsie révéla l'existence d'une perforation duodénale. L'orateur se déclare partisan de l'intervention aussi prompte que possible après l'apparition des premiers accidents.

C'est M. Walther qui va ouvrir la discussion sur l'**acide picrique**, en communiquant son rapport sur plusieurs observations envoyées par M. Latouche (d'Autun) ; d'abord trois observations de **fractures de la clavicule** avec déplacement considérable des fragments traités par la suture osseuse et ayant été suivis d'un très bon résultat ; trois observations de **pseudo-étranglement herniaire** chez des malades atteints de symptômes abdominaux graves (péritonite aiguë, péritonite suppurée, myxosarcome du péritoine) ; une observation de **hernie étranglée**, survenue à la suite d'une ponction d'un kyste congénital du cordon. La kélotomie pratiquée par l'auteur amena la guérison ; une observation de **mal de Pott lombaire, traité par le redressement suivant la méthode de Calot** ; après le redressement apparurent une paralysie de la jambe gauche et de l'incontinence d'urine. Celle-ci disparut au bout de huit jours, et la paralysie est en voie d'amélioration.

Enfin deux cas d'intoxication par l'acide picrique appliqué au **traitement des brûlures**. Il s'agit de deux enfants ayant présenté des brûlures sur la face et à la main. L'auteur fit des pansements picriqués. Au bout de plusieurs jours apparurent des vomissements répétés, en même temps des coliques avec selles diarrhéiques très jaunes ; la peau de tout le corps prit une teinte jaunâtre, les urines devinrent absolument noires, toutefois sans présenter d'albumine ; abattement, douleurs dans les jambes ; bref, tous les symptômes d'une intoxication se manifestèrent à la fois. Cependant la guérison survint après diminution considérable de la dose d'acide picrique administré. M. Walther ajoute que, pour son compte, il a observé des douleurs extrêmement vives chez quelques malades à la suite de l'application de l'acide picrique.

C'est alors que s'engage le vaste débat sur ce maudit acide picrique, cause de tant de maux. M. Berger déclare tout d'abord qu'il a observé, lui aussi, des douleurs très vives, occasionnées par l'acide picrique. Il emploie les pansements au traumatol, qui lui ont donné de bons résultats.

M. Tuffier déclare à son tour que l'acide picrique pigmente les cicatrices, provoque quelquefois de l'érythème et de l'eczéma. Les pansements secs à la gaze iodoformée suffisent.

M. Brun, qui a soigné de nombreux cas de brûlures chez des enfants, vient prêter son témoignage : « Plusieurs exemples, dit-il, montrent que l'acide picrique peut présenter de grands dangers. L'enfant devient maigre, jaune sur tout le corps ; il présente des vomissements, de la diarrhée, et la mort même peut survenir. »

M. Félizet prend ensuite la parole et déclare s'associer absolument à ce qu'ont dit MM. Berger et Brun.

M. Michaud, cependant, esquisse un léger mouvement de défense. Il dit n'avoir pas vu, du moins chez l'adulte, les accidents signalés ; pour sa part, il ne s'est jamais mal trouvé de l'emploi de l'acide picrique.

M. Lucas Championnière reprend alors la charge ; il a observé des accidents picriques, surtout des douleurs.

M. Reynier fait remarquer que la plupart des accidents ont été observés chez les enfants ; en général, les

douleurs apparaissent lorsque les brûlures sont profondes. Dans ce dernier cas, il recommande le taffetas gommé, qui n'adhère pas à l'épiderme.

M. Potherat a observé des accidents chez les enfants.

M. Reclus a soigné de nombreuses brûlures chez le adultes ; il raconte que l'acide picrique avait envahi son service malgré lui, tellement cette substance était devenue populaire ; mais il a remarqué que, malgré son emploi, la guérison n'était pas plus rapide qu'avec tout autre topique. Il emploie une pommade poly-antiseptique qui lui donne de très bons résultats. Quant au pansement au taffetas gommé, recommandé par M. Reynier, il présente cet inconvénient qu'entretenant l'humidité, il entretient la suppuration en même temps.

Enfin M. Hartmann fait un pansement à la gaze iodoformée et ouatée. L'acide picrique occasionne des douleurs; il a observé des érythèmes douloureux chez des adultes.

Hardi celui qui, après cela, viendra faire l'éloge de l'acide picrique!

Quelques **présentations** pour terminer la séance. D'abord celle de M. Guinard. Il s'agit d'**une jeune femme sur l'abdomen de laquelle avait passé une roue de voiture**. Elle présentait des symptômes de péritonite, avec vomissements incessants, douleurs très vives. La laparotomie, qui révéla une perforation du duodénum, amena la guérison.

M. Brun montre une épreuve **radiographique d'un bassin d'enfant ayant un calcul vésical.** M. Michaud présente un **calcul rénal** qui était absolument moulé sur le bassinet et que l'orateur a extirpé.

A. P. S.

REVUE D'HYGIÈNE

Beaumont (F.). — **Le cyclisme aux eaux.** — *Le Monde Thermal*, Paris, 4 février 1897, n° 5, p. 2.

La bicyclette aux eaux est actuellement fort en vigueur. Les uns prétendent qu'elle fait beaucoup de bien, les autres beaucoup de mal. Les premiers parlent de déviation de la colonne vertébrale et assurent qu'un quart de siècle de ce régime donnera une génération de grotesques. Ils disent qu'on use de ce genre de sport au détriment de la poitrine et des épaules que les cyclistes prennent l'habitude de porter en dedans. Les partisans de la bicyclette affirment, au contraire, qu'elle développe les muscles des bras et des jambes, qu'elle fortifie le jeu des poumons.

L'auteur pense trouver la vérité, dans un juste milieu, entre ces deux opinions. Pour lui, comme hygiène, la bicyclette a du bon, car elle exerce sur la santé, par le jeu des muscles et des organes, une salutaire influence. Cependant il n'en faut pas abuser, surtout les femmes, chez qui le surmenage est dangereux. L'auteur voudrait qu'on ne fasse qu'une heure ou deux au plus de bicyclette par jour, de préférence le matin, alors qu'il fait frais et que la poussière est encore à terre. Après cette promenade, on prendrait ses verres d'eau et ses bains dans des conditions très favorables.

Debierre (Ch.). — **L'hérédité normale et pathologique.** — *L'Œuvre médicale chirurgicale*, Paris, 20 octobre 1897, n° 4, 40 pp.

Dans cette brochure, se trouve traitée une des questions les plus difficiles et qui a suscité, dans ces derniers temps surtout, un nombre considérable de travaux. Tous les facteurs de cet important problème biologique : l'hérédité normale et pathologique, sont méthodiquement passés en revue par l'auteur. Le travail est divisé en trois parties. La première traite de l'hérédité normale et sert de préface raisonnée à la seconde partie entièrement dédiée à l'hérédité pathologique. Toutes les maladies, dites héréditaires, y sont passées au crible. Le lecteur y trouvera des renseignements précis, des explications très claires et très nettes. Le dernier chapitre s'occupe de l'histo-physiologie de l'hérédité. Celle-ci est mise lumineusement en relief par le rôle des noyaux ovulaires. L'auteur donne à cette partie ardue de son sujet la merveilleuse clarté, qui est la caractéristique de son talent d'exposition.

Périer (E.). — **La Première Enfance.** — Baillière et et fils, Paris 1897. In-8°, 216 p., 43 fig.

C'est un livre d'hygiène, écrit spécialement pour les mères et pour les femmes qui vont le devenir. Il comprend quatre parties : dans la première, l'auteur trace à grands traits l'hygiène de la mère elle-même, c'est-à-dire de la femme enceinte, de la femme en couches et de la femme qui allaite, au point de vue surtout de la santé future de l'enfant ; dans la seconde, il décrit l'hygiène de la première enfance ; c'est-à-dire les premiers soins à donner au nouveau-né, l'habillement de la première enfance, les soins de propreté corporelle, la chambre du nouveau-né, la vie en plein air, etc.; dans la troisième, il traite de l'alimentation : allaitement maternel, allaitement par une nourrice au domicile de la mère ou loin de la famille, allaitement au biberon, sevrage et aliments après le sevrage ; dans la quatrième, l'auteur parle de la médecine d'urgence, c'est-à-dire des soins qu'une mère intelligente peut donner à ses jeunes enfants en attendant l'arrivée du médecin, dans les cas les plus ordinaires d'accident ou de maladie. Nous aimons à croire que cet ouvrage aura le même succès que les autres ouvrages sur l'hygiène qu'à déjà écrits M. le Dr Périer.

LES LIVRES NOUVEAUX

DEFONTAINE (L.). — **Chirurgie du foie proprement dite; voies biliaires exceptées.** — Paris, 1897, Institut de Bibliographie scientifique, in-4°, 62 p., 24 fig.

Excellent travail d'ensemble sur la médecine opératoire du foie. Les différents procédés connus y sont étudiés et discutés; l'expérience et la prudence seules ont suggéré à l'auteur ses vues nouvelles sur la chirurgie

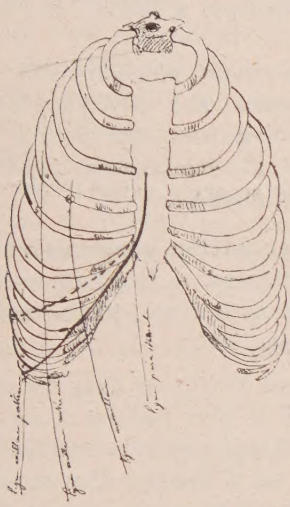


Fig. 13. — Rapports du foie avec la cage thoracique en avant.

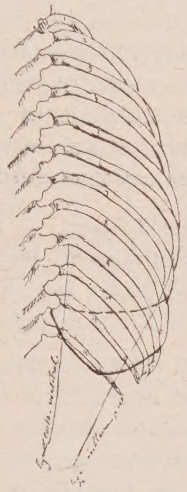


Fig. 14. — Rapports du foie avec la cage thoracique en arrière.

hépatique. Chaque opération y est décrite d'après un plan toujours le même, répondant à peu près à tout ce qui peut être utile au chirurgien, au point de vue de l'intervention qui l'intéresse : 1° définition; 2° historique;

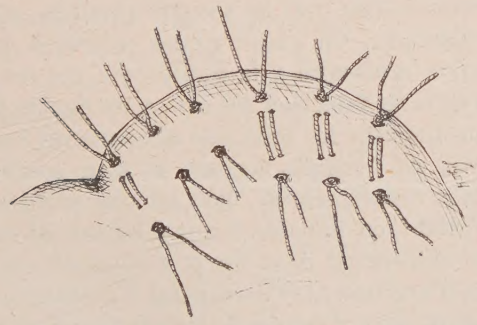


Fig. 15. — Hépatopexie par le procédé de H. Delagénière.

3° technique opératoire, divisée en deux parties : instruments; manuel opératoire proprement dit; 4° suites de l'opération; enfin 5° indications et contre-indications.

M. Defontaine va du simple au composé; son mémoire commence par l'étude de la ponction, puis de la ponction suivie d'injection, enfin des opérations proprement dites, laparotomie exploratrice du foie, etc. Il examine ensuite la technique opératoire dans les cas de collections périhépatiques, de collections liquides intra-hépatiques (kystes hydatiques, abcès, dont le traitement nécessite souvent l'incision du foie ou hépatotomie), de tumeurs (demandant une ablation partielle du foie ou hépatectomie), de mobilité anormale du foie (pouvant justifier de l'hépatopexie); enfin il termine par quelques lignes relatives à l'intervention en cas de lésions traumatiques.

VINCENT (E.). — **Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. Observations avec réflexions et commentaires.** — Paris, 1895, Institut de Bibliographie scientifique, in-8°, 348 p., 79 fig.

L'auteur cite 233 cas de coxalgie ou coxite, qu'il a traités, dans l'espace de 10 années, dans son service de l'Hôpital de la Charité. Sur ces 233 cas, 181 ont été traités par les méthodes conservatrices, c'est-à-dire sans résection, 52 par résection; cette dernière a donc été faite dans la proportion de 22,30 0/0.

L'auteur n'applique la résection qu'aux coxalgies suppurées et ayant donné lieu à des collections étendues avec fistules ou non, à des perforations du cotyle et souvent à la formation de séquestres. En règle générale, il commence par ouvrir simplement les abcès articulaires ou juxta-articulaires, en faisant des incisions comme pour la résection. Lorsque l'examen ne lui a pas révélé des lésions articulaires graves, il diffère la résection, dans l'espoir, assez souvent réalisé, que l'arthrotomie et le drainage pourront suffire. Si la suppuration s'éternise, si l'état général du sujet baisse, si la fièvre hectique s'installe, il pratique la résection. Dans les cas de coxite aiguë par infection streptococcique, l'auteur recommande de remplir l'indication vitale sans délai, et c'est dans ces cas d'infection aiguë qu'il admet la résection hâtive, qui, seule, peut sauver le malade d'une intoxication mortelle. La résection, en somme, ne doit être que le traitement ultime de la coxalgie. Le procédé employé par l'auteur pour la résection est celui de M. Ollier; c'est le procédé « à tabatière », caractérisé par une incision arciforme transversale, par la section et le relèvement préalable du grand trochanter. L'auteur a ajouté 31 fois à la résection de la portion fémorale de la hanche, l'agrandissement d'une perforation ou la trépanation de la cavité cotyloïde. L'auteur insiste beaucoup sur l'utilité, sur la nécessité du drainage pelvien multiple et complet, en trépanant l'os iliaque, s'il le faut, chaque fois qu'une collection pelvienne s'est formée. Par ces procédés, l'auteur a toujours obtenu une hanche solide, malgré la mobilité : la conservation de la gaîne periostéo-capsulaire assure la fixité de la néarthrose; la résection ne lui a donné que 5,75 0/0 de mortalité. L'auteur termine en

insistant fermement pour cette opération. Son ouvrage, orné de figures explicatives et de tableaux d'observations, est basé sur des observations absolument personnelles et il a, par là même, une réelle valeur scientifique.

Annuaire des Eaux Minérales. Stations climatiques. Sanatoria. Établissements hydrothérapiques et bains de mer. — *Gazette des Eaux*, 1897.

Née d'un besoin, cette publication devient aujourd'hui le memento nécessaire à tout praticien ; elle lui fournit les documents d'ensemble, les renseignements généraux sur la station thermale ou climatique où il conviendra de diriger les malades. Complètement refondue et remaniée, l'édition 1897 comprend : 1° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales, au Ministère de l'intérieur, à Paris ; la liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'Hygiène, de la Commission des Eaux minérales à l'Académie de Médecine, etc. ; 2° La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins ; 3° La liste des médecins des stations par ordre alphabétique ; 4° La liste des membres de la Société d'Hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; 5° La nomenclature générale des Eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires, les moyens de s'y rendre et le memento de leurs principales indications thérapeutiques; 6° Le classement des sources minérales selon leur nature; 7° La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères ; 8° La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (Sanatoria et autres, stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes); 9° Une note sur les principaux Hôpitaux ou Instituts marins (Fondation de l'Œuvre des Hôpitaux marins) ou fondations particulières ; 10° La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France ; 11° La nomenclature des plages et bains de mer les plus en renom; 12° Enfin, des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

Philippe Tissié. — **La fatigue et l'entraînement physique**. — Félix Alcan, éditeur, Paris, 1896.

M. Tissié expose dans ce livre les recherches qu'il a faites et les observations qu'il a recueillies sur la psychodynamie de l'entraînement physique et sur les réactions mentales provoquées par l'entraînement intensif. Dans le cours de ces études, il a été conduit à trouver dans l'émission nerveuse, profonde, la principale cause pathologique de l'entraînement intensif chez les sujets sains et surtout chez les débiles nerveux, qu'il désigne sous le nom de *fatigués*, considérant la fatigue comme un phénomène neurique qui se manifeste par un abaissement plus ou moins rapide et intense du *potentiel* nerveux de chaque individu.

L'auteur traite successivement de l'entraînement physique, de l'entraînement intensif, de la fatigue chez les débiles nerveux (fatigue d'origine physique, fatigue d'origine psychique, hygiène du fatigué), des méthodes en gymnastique (méthode suédoise, méthode française, méthode psycho-dynamique qu'il a créée et qui repose sur les réactions nerveuses de chaque groupe d'individus), de l'entraînement physique à l'école, de l'hérédité.

La Fatigue et l'Entraînement physique s'adresse aux médecins, aux pédagogues, aux psychologues et aux sociologistes. C'est un livre vécu, qui vient à son heure, et qui met au point de nombreuses questions d'éducation et d'entraînement physique.

Jules Eyraud. — **De l'organisation hospitalière du Service de Prompts Secours**. — Brochure in-8° de 68 pages avec 4 figures dans le texte. Paris, Institut de Bibliographie scientifique, 1897.

Il est absolument nécessaire d'instituer dans les villes une organisation qui tende le plus possible à assurer l'instantanéité des secours. Il faut que cette organisation comprenne un poste central, où la victime d'un accident puisse trouver tous les secours réclamés par son état, quel que soit cet état. Pour les grandes capitales, l'idéal de l'organisation est l'Hôpital de Prompts Secours autonome, avec demeure permanente du chirurgien (Projet M. Baudouin). Pour les villes plus modestes, il est nécessaire de construire, dans l'Hôpital même, un Pavillon dit de Prompts Secours, relié avec le domicile particulier de chacun des chirurgiens qui peuvent être de garde (Projet Sorel.) L'Hôpital de Prompts Secours doit pouvoir donner tous les secours possibles, médicaux ou chirurgicaux. On aurait grand intérêt à posséder l'installation nécessaire à la radioscopie, qui rendrait de signalés services dans bien des cas. A un double point de vue, pour diminuer les frais que nécessiterait l'entretien du Service de Prompts Secours et pour combler une lacune dans l'enseignement, dans tous les centres d'Ecole ou de Faculté, on imposerait aux étudiants en médecine un stage chirurgical dans les postes-ambulances et les Hôpitaux d'urgence. Les Compagnies d'Assurances contre les Accidents devant retirer de grands bénéfices de l'installation d'un Service de Prompts Secours, il serait juste de leur demander une contribution qui serait affectée intégralement à ce service.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Un appareil pour éviter l'inhumation des personnes vivantes

Par un vote de son Conseil municipal, en date du 26 novembre dernier, la ville de Dieppe a décidé la mise en pratique de l'appareil dit « *Appareil Karnice* », inventé par le comte de Karnice-Karnicki, dans le but d'éviter les inhumations prématurées. Il permet de faire connaître la survie au dehors de la tombe par un signal avertisseur, mis en jeu au moindre mouvement du corps inhumé. A ce propos, et pour montrer une fois de plus que rien n'est nouveau ni sous le soleil, ni même sous la terre, rappelons que M. H. Petitdidier, de Remiremont (Vosges), a présenté sans succès, le 17 septembre 1868, à l'Administration, un appareil presque identique à celui du savant russe. Le Conseil d'Hygiène de l'époque n'accepta pas le projet ; puis vint la guerre, et, finalement, l'idée de M. Petitdidier, victime elle-même, on peut le dire, d'un enterrement prématuré, resta ensevelie dans l'oubli pour n'en ressortir que près de trente ans après, sur une nouvelle initiative. Ce n'est point une raison pour ne pas se souvenir de son origine française.

VARIÉTÉS

Affaire Blanchard-Heim.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique, à la suite de certaines allégations portées devant ses membres par M. Heim contre le Professeur Blanchard, a, sur l'avis formulé par sa Commission de discipline, demandé qu'il fût procédé à un supplément d'enquête, rendu nécessaire par la communication, aux cours des débats, de documents et de témoignages nouveaux. Le Ministre de l'Instruction publique, avisé de l'incident, a nommé une Commission qui se compose de MM. les Prs Tillaux, président, Gariel, Le Dentu, membres, Brouardel et Pupin, assistants. Cette Commission a tenu déjà trois séances, au cours desquelles elle a entendu M. Heim qui, assisté de son avocat, Me Millerand, a renouvelé ses allégations visant M. Blanchard. M. Heim a exposé, en outre, la nécessité où il se trouvait de publier immédiatement certains travaux manuscrits, pour répondre à un des griefs qui lui ont été faits de s'être approprié certaines études scientifiques dans son exposé de titres et de travaux, au moment de sa candidature à la succession du Professeur Baillon. La Commission *a accueilli favorablement la demande de M. Heim* et a décidé de faire rentrer celui-ci en possession des matériaux scientifiques laissés par lui au laboratoire de M. Blanchard.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Hôpitaux de Paris. — *Hôpital Saint-Louis.* — M. Bazy : tous les mardis et samedis, à 9 heures et demie, consultations sur les maladies des voies urinaires et opérations s'y rapportant.

Hôpital Boucicaut. — M. le Pr Sébileau : tous les jeudis (à partir du 20 janvier), à 10 heures, conférences de thérapeutique et de clinique chirurgicales.

Maison de Saint-Lazare (107, rue du Faubourg-Saint-Denis). — Voici l'indication des cours du semestre d'hiver qui auront lieu à partir du 20 janvier, à 10 heures et demie, aux jours ci-après désignés : mardi, M. Ozenne *(gynécologie)*. — Jeudi, M. Le Pileur *(syphiligraphie)*. — Samedi, M. L. Wickham *(vénéréologie)*. — Des cartes d'entrée sont délivrées à la maison de Saint-Lazare.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Marcellin (de Sausses) est nommé Officier du Mérite agricole. MM. les Drs Thomas (de Billom), Charrin (de Saint-Chamond) et Doléris sont nommés Chevaliers du Mérite agricole.

Etudes médicales. — Par décret en date du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893, sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903. Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité, d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878.

Société contre l'abus du tabac. — La Société contre l'abus du tabac vient de constituer son bureau pour 1898. Sont élus : Président, M. Decroix ; vice-présidents, MM. le Dr Hache, Leyssenne, Petibon et le colonel Schuhler ; secrétaire général, M. le Dr Gélineau ; secrétaire général adjoint, M. L. Bertherand ; secrétaire pour l'étranger, M. Milne de Roussan ; secrétaires des séances, MM. Blanpain, le Dr Kortz, Marius Tétard et Roucher ; trésorier, M. Auzoux ; archiviste, M. Ravenet.

Eaux corrompues à Chalon-sur Saône. — On écrit de Chalon-sur-Saône que, depuis une semaine, les eaux de la ville sont altérées et qu'il s'en dégage un goût d'iodoforme ou de phénol. La présence de cette saveur avait été d'abord expliquée par le fait de végétations formées dans les conduits. Malgré des nettoyages consciencieux, l'altération continue, et la municipalité a constitué d'urgence une commission comprenant des docteurs et des ingénieurs des Ponts et Chaussées. On n'a pu jusqu'ici déterminer la cause certaine de cette désagréable saveur, et la population commence à s'en émouvoir.

Postes médicaux vacants. — Un poste d'interne est actuellement vacant à l'asile d'aliénés Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — *Conditions* : 14 inscrip. ; Trait. : 800 fr. ; logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. — S'adresser au Directeur médecin en chef de l'asile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Médecine Infantile, 71, avenue d'Antin, Paris.

AUSSET (E.) et MOUSSON. — **Des injections de solutions salines dans les broncho-pneumonies infantiles.** — Brochure in-8° de 7 pages. Paris, 1898.

The Publishers' printing Company, 32, 34, Lafayette Place, New-York.

KNOPF (S. A.). — **The urgent need of Sanatoria for the Consumptive Poor of our Large Cities.** — Brochure in-8° de 18 pages. New-York, 1897.

Berliner klin. Wochenschr, Berlin.

SCHANZ (Fritz). — **Zur Differentialdiagnose des Diphtheriebacillus.** — (*Sonderabdruck aus der Berliner klin. Wochenschr*, 1897, n° 50). Brochure in-8° de 5 pages. Berlin, 1897.

Clinical Recorder, New-York.

BECK (Carl). — **Pylorectomy for carcinoma.** — Fascicule in-8° de 4 pages. (*Reprinted form the Clinical Recorder*). New-York, 1897.

AGENCE CENTRALE
DE LA
Presse Scientifique Internationale
Paris. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — Paris

PETITES ANNONCES DE L'AGENCE
SERVICE SPÉCIAL
A LA
Gazette Médicale de Paris
TÉLÉPHONE : **n° 810.53.** — ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE : **APS — Paris.**

Tout Abonné a droit, **gratis**, *à une annonce de deux lignes par année. — La deuxième annonce et les suivantes se paient à raison de 0 fr. 25 la ligne. — Pour les personnes non abonnées, l'insertion est cotée à 0 fr. 50 la ligne.*

N° 1. — **UN MÉDECIN** *demande à acheter des numéros dépareillés de l'***Index Medicus.** — *On offre des prix exceptionnels, pour pouvoir compléter une collection. — S'adresser au Journal.*

N° 2. — **L'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE** demande des Correspondants étrangers à Berlin, Saint-Pétersbourg et Vienne. — S'adresser à l'Institut, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris.

N° 3. — **UN MÉDECIN** de Paris désire acquérir, à Paris ou dans la banlieue, une maison de rapport d'une valeur de 150.000 francs environ. — S'adresser à l'Agence APS. — Paris.

PRIME AUX NOUVEAUX ABONNÉS
DE LA
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Tous les nouveaux abonnés de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS pourront se procurer, avec 50 0/0 de réduction, les ouvrages ci-dessous en vente à l'INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

ALBERTIN (de Lyon). — **Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie** (quarante observations personnelles). — Broch. in-8° de 78 pages. Paris, 1895. — Prix : 4 fr.

BAUDOUIN (Marcel). — **Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889.** — 3 fasc. — Avec de nombreuses figures dans le texte. — Paris, 1889. — Prix : 8 fr.

BAUDOUIN (Marcel). — **Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviations de l'utérus.** — Belle broch. in-8° de 415 pages, avec 22 figures dans le texte. — Paris, 1890. — Prix : 10 fr.

DEFONTAINE (Le Creusot). — **Chirurgie du foie proprement dite. Voies biliaires exceptées.** — Broch. in-8° de 62 pages avec 22 figures dans le texte. — Paris, 1897. — Prix : 4 fr.

MARCOTTE. — **De l'hémicrâniectomie temporaire.** — Broch. in-8° de 104 pages avec 44 figures dans le texte. — Paris, 1896. — Prix : 4 fr.

SIEUR (de Lyon). — **Des opérations par la voie sacrée.** — Broch. in-8° de 200 pages avec 11 figures dans le texte. — Paris, 1896. — Prix : 6 fr.

VINCENT (de Lyon). — **Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche. Observations avec réflexions et commentaires.** — Beau vol. avec 79 figures dans le texte. — Paris, 1895. Prix : 8 fr.

L'Administrateur-Gérant : Émile PEINSON.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.